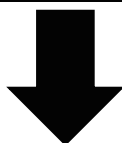


# 介護職員初任者研修 受講申込書

●黒ボールペン(フリクションボールペン不可)で太枠にご記入に上、ご提出下さい。

申込日	平成 年 月 日		
フリガナ			
	性別 男・女		
氏名			
生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 ー		
連絡先 電話番号	自宅電話		
	携帯電話		
	緊急時の 連絡先	* 日中、連絡が取れるところをご記入下さい (氏名) (連絡先) (続柄)	
最終学歴			
介護経験	有 ( 年 ヶ月間) ・ 無 経験場所: 施設介護 ・ 在宅介護 ・ 家族の介護 その他 ( )		
ボランティア等の 経験			
資格取得後 の予定	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> 将来、家族を介護するときに役立てたい <input type="checkbox"/> その他 ( )		
この講座をどのようにしてお知りになりましたか？			
広告 ・ ホームページ ・ 区役所、市役所から紹介 ・ 知人、家族からの紹介 当法人職員 ( )からの紹介 ・ 以前の受講生 ( )からの紹介 その他 ( )			



申し込みは 郵送 or FAX or 持参 下さい

〒961-0102

福島県西白河郡中島村大字滑津字宿裏10番地1

特別養護老人ホーム ひかりの里

TEL 0248-21-5988

FAX 0248-21-5989